

### BS CKII Lê Thị Đĩnh -

## PHẦN 2

### Clinical giáp và thai kỳ

#### Chẩn đoán

Clinical giáp là kết quả tình trạng nồng độ của hormon giáp gây biến chứng không quá 1% phụ nữ mang thai. Sự thay đổi nồng độ giáp trong thai kỳ có thể khó nhận biết vì các dấu hiệu của bệnh chéo với các triệu chứng mang thai như buồn nôn và nôn, tăng sự thèm ăn, không dung nạp nhiệt, mất ngủ, mất mẩn, và tâm trạng cáu gắt hoặc lo âu. Các triệu chứng không phải biến chứng trong thai kỳ bình thường, nồng độ thyroxine trong clinical giáp, là giảm cân hoặc không tăng cân dù tăng chế độ ăn uống, tim nhanh lúc nghỉ ngơi, tăng huyết áp, run, mất nhìn thoáng, dấu hiệu Lid lag, mắt sưng và tuyến giáp lớn lan tỏa hoặc có nhân.

Có rất ít nghiên cứu có tính thuyết phục cao để hỗ trợ nồng độ vitamin D ở phụ nữ giáp trong thai kỳ. Như vậy, xét nghiệm giáp trong thai kỳ phải ảnh hưởng tiêu chuẩn chăm sóc cho quần thể chung với một vài ngoại lệ. Lựa chọn điều trị trong thai kỳ bao gồm thuốc kháng giáp và phẫu thuật cắt bỏ tuyến giáp.

Trong tất cả, nồng độ các triệu chứng giúp chẩn đoán giáp như nhiệt độ, điều trị để khuyến cáo vì có thể có mất mẩn liên hệ giữa nồng độ giáp không được kiểm soát và các biến chứng trong thai kỳ như: sảy thai tự nhiên, đẻ sớm, mất sinh, tỉ lệ sẩy thai, sinh non, thai giảm cân, rối loạn chức năng tuyến giáp sơ sinh, và tử vong chu sinh. Nồng độ biến chứng của nồng độ giáp không kiểm soát là mối nguy liên quan đến nồng độ bão hòa, bao gồm lo lắng như suy tim xung huyết. Clinical giáp cần lâm sàng, trong đó TSH thấp như FT4 bình thường, không phải nồng độ kết quả thai kỳ và điều trị là không cần thiết.

Để tránh thai nhi khi bắt đầu nồng độ các biến chứng của nồng độ giáp và các lựa chọn điều trị

**Bệnh lý tuyến giáp và thai kỳ (P.2)**

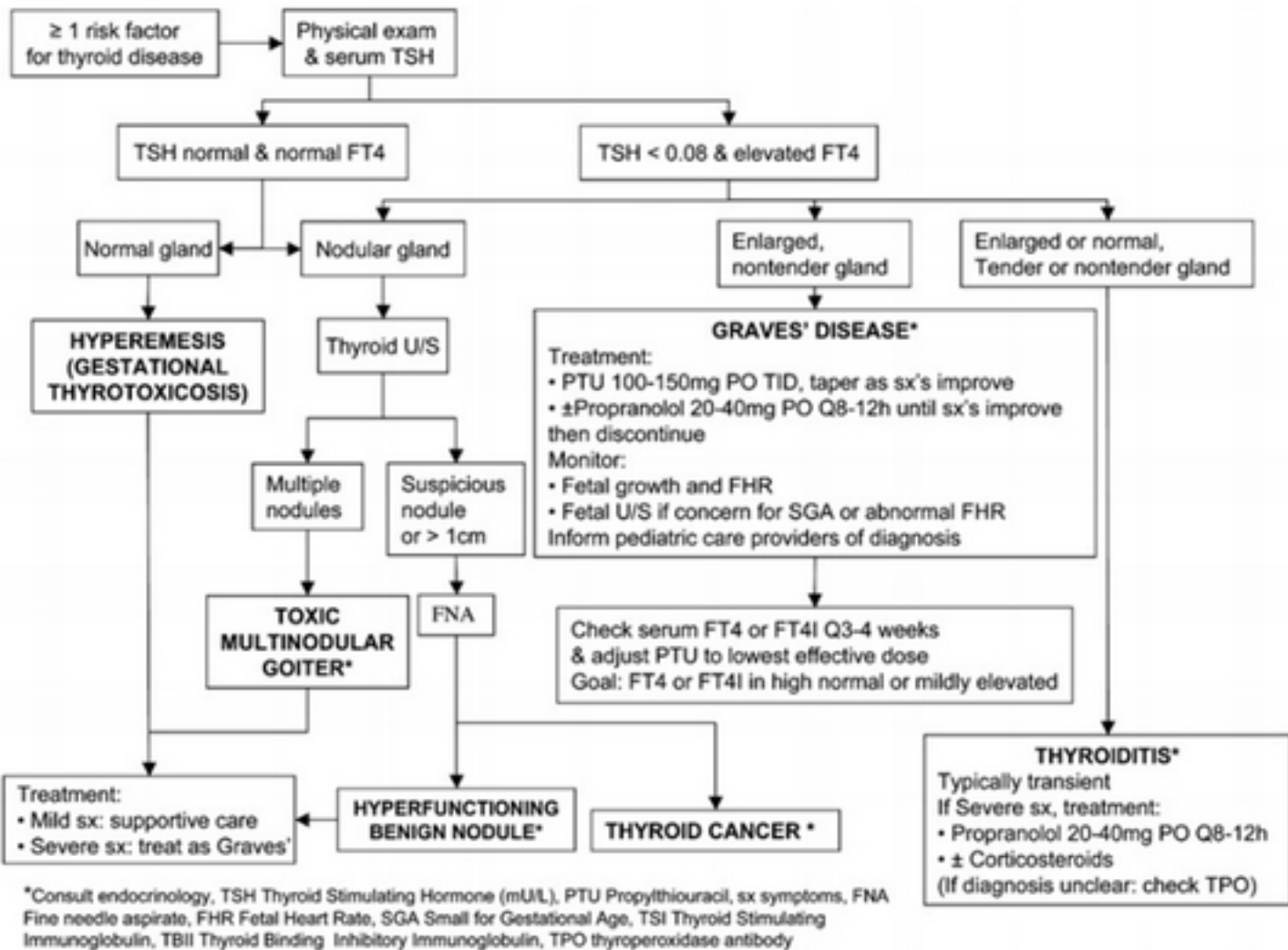
Viết bởi Biên tập viên

Chỉnh sửa, 17 Tháng 1 2021 09:43 - Lần cập nhật cuối Chỉnh sửa, 17 Tháng 1 2021 10:43

trẻ, đi u trẻ sơ m đ đ c ưu tiên, dù không ph ở lúc nào cũng có th .

Chẩn đoán lâm sàng giáp còn nghi ngờ có thể đ đ c kh ng đ nh b ng xét nghi m cho th y TSH th p và FT4 ho c FT4I cao. FT3 ch đ đ c s đ ng đ lo i tr các tr ng h p hi m g p c a nhi m đ c giáp T3 khi TSH huyết thanh th p và FT4 ho c FT4I bình th ng.

**Đi u trẻ lâm sàng giáp ở thai kỳ**



Hình 2. Thuật toán chẩn đoán và xử trí lâm sàng có thai có ≥ yếu tố nguy cơ (bảng 4) đi u trẻ

## Bệnh lý tuyến giáp và thai kỳ (P.2)

Viết bởi Biên tập viên

Chỉnh sửa, 17 Tháng 1 2021 09:43 - Lần cập nhật cuối: Chỉnh sửa, 17 Tháng 1 2021 10:43

---

*Bệnh lý tuyến giáp không được chẩn đoán đúng ngay giáp trở lại đó*

### □ Các thuốc kháng giáp

Nhóm mô tả trong hình 2, đi đầu trên ưu tiên hàng đầu (first line) của bệnh giáp là thuốc kháng giáp, trong đó có nhóm 1, thionamides. Nhóm này gồm 3 loại thuốc: propylthiouracil (PTU), methimazole và carbimazole, hoặc dùng bằng cách chuyển số số nhân xuống T4. PTU cũng chuyển nhân đi T4 thành T3. Hiện nay, PTU được sử dụng thường xuyên hơn methimazol, vì methimazole có thể gây quái thai. Đã có nhiều báo cáo trường hợp mô tả dị tật số nhân da và bất thường bẩm sinh (tật lõm mũi sau, dị dạng tiêu hóa, và mất) trong thai kỳ được đi đầu trên bệnh giáp methimazole. Mặc dù mối quan hệ nhân quả giữa methimazole và dị tật số nhân da hoặc khuyết tật bẩm sinh là không chắc chắn, các báo cáo nên được tránh sử dụng methimazole trong giai đoạn sớm nhất của mang thai.

Ngoài việc liên quan gây quái thai, tất cả các loại thuốc kháng giáp đều đi qua nhau thai và có thể gây suy giáp bào thai do dùng thuốc. Để giảm nguy cơ này, nên dùng thuốc kháng giáp liều thấp nhất để đạt được nồng độ FT4 hoặc FT4I nằm trên giới hạn bình thường hoặc hơi nhỉnh hơn bình thường. Casey và cộng sự dùng liều thấp thuốc kháng giáp ở bệnh nhân có thai với mức tiêu duy trì giới hạn FT4 (0,85 - 1,9 ng/dL) hoặc FT4I (4,5 - 12,5mg/dL). Mức liều PTU điển hình để đạt được nồng độ này là 300 đến 450 mg/ngày cho 3 liều uống 100-150 mg mỗi lần. Đôi khi liều 600 mg mỗi ngày là cần thiết.

Thuốc chuyển βadrenergic chuyển số chuyển nhân đi T4 thành T3 và có thể được sử dụng như một phương pháp đi đầu trên bệnh trở lại cho thuốc kháng giáp để giảm nhịp tim nhanh, đánh trống ngực và run. Propranolol liều 20 - 40mg uống mỗi 8 - 12 giờ có thể được sử dụng trong khi chờ đáp ứng với các loại thuốc kháng giáp.

Đi đầu chuyển số nhân PTU dựa trên xét nghiệm FT4 hoặc FT4I được thực hiện 3 đến 4 tuần trước khi sinh. TSH không hữu ích trong việc theo dõi đi đầu trên vì nó vẫn còn thấp. Các triệu chứng thường gặp của bệnh nhân xảy ra sau 3 đến 4 tuần đi đầu trên như ngừng đáp ứng đối với liều có thể mất 8 tuần. Thuốc kháng giáp có thể và nên được giảm dần theo tiến triển của thai kỳ, nhưng có tranh cãi về việc liều nên ngừng hoặc duy trì đến khi sinh hay không. Liều pháp đi đầu trên chuyển số nhân và thay thế, kết hợp liều cao thuốc kháng giáp với levothyroxine, không được khuyến cáo dùng trong thai kỳ vì thuốc kháng giáp dễ dàng vượt qua nhau thai nhưng levothyroxin thì không, làm tăng nguy cơ suy giáp của thai nhi. Thai nhi cần theo dõi các dấu hiệu của suy giáp bằng cách khám lâm sàng và số tăng trưởng thể chất và nhịp tim thai.

## Bệnh lý tủy n giáp và thai kỳ (P.2)

Viết bởi Biên tập viên

Chỉnh sửa, 17 Tháng 1 2021 09:43 - Lần cập nhật cuối: Chỉnh sửa, 17 Tháng 1 2021 10:43

---

Khoảng 10% bệnh nhân nhân giáp xúc với PTU sẽ phát triển suy giáp thai nhi hoặc sơ sinh. Kiểm tra siêu âm thường quy không được khuyến cáo bệnh nhân đã được điều trị bằng hormone giáp đánh giá sinh trưởng hoặc thai nhi và bệnh nhân dùng thuốc điều trị bệnh nhân giáp thai nhi. Tuy nhiên giáp thai nhi bình thường có thể khó nhìn thấy trên khám siêu âm thường quy, bệnh nhân dùng thuốc điều trị bệnh nhân giáp cũng có khả năng dị dạng xương khớp, khi thai kỳ tiếp tục điều trị bằng thuốc, và trong tình trạng đa thai.

Các báo cáo mô tả rằng hormone xác nhận tình trạng suy giáp của thai nhi nghi ngờ nên dùng thuốc kháng giáp bằng cách lấy máu rốn qua da. Điều trị bao gồm việc giảm thuốc kháng giáp của mẹ. Do các biện pháp điều trị của hormone lấy máu rốn qua da và chức năng, phương pháp điều trị này không nên tiến hành thường quy.

Một tác dụng phụ hiếm gặp nhưng nghiêm trọng của thionamides là một bệnh của hệ thống, xảy ra ở 0,1% bệnh nhân. Triệu chứng khi bắt đầu điều trị, nên thực hiện đánh giá của bệnh nhân về số lượng bệnh của họ. Các triệu chứng đầu tiên là đau họng hoặc sốt. Cần tiến hành phân tích tế bào máu ngay, và nếu một bệnh của hệ thống được chẩn đoán, tất cả các thuốc kháng giáp sẽ ngừng vĩnh viễn. Ngoài ra, PTU và methimazole đã có biện pháp trong số ít trường hợp suy gan gây tử vong. Các thuốc kháng giáp có thể được tiếp tục sau khi sinh bệnh vì có bài tiết từ mẹ vào sữa mẹ. Viện Nhi khoa Hoa Kỳ và WHO hỗ trợ khả năng tiếp tục thích của việc cho con bú và tất cả các loại thuốc kháng giáp.

### Phụ thuật

Phụ thuật của bệnh nhân toàn bộ được áp dụng cho bệnh nhân có biện pháp điều trị giáp nên không đáp ứng điều trị nội, không dung nạp thuốc, một bệnh của hệ thống, không tuân thủ hoặc ung thư tủy n giáp ác tính. Lý do của bệnh nhân, phụ thuật được trì hoãn cho đến sau sinh, nhưng nó có thể được thực hiện trong thai kỳ khi cần thiết. Nếu phụ thuật là cần thiết trong khi mang thai, tất cả nhất là hoàn thành trong tam cá nguyệt tiếp theo để tránh các biện pháp gây mê như quái thai tiềm tàng và sinh non. Nhưng lo ngại khác liên quan đến phụ thuật tủy n giáp trong thai kỳ là xử trí được thực hiện và tiến hành theo kinh nghiệm của thanh quản.

Risk của phụ thuật của bệnh nhân toàn bộ tủy n giáp bao gồm 2% đến 4% nguy cơ tử vong dây thần kinh quặt ngược thanh quản và 1% nguy cơ suy giảm giáp sau khi vô tình cắt bỏ tủy n giáp.

## Bộ nh lý tuy n giáp và thai k (P.2)

Vi t b i Biên t p viên

Ch nh t, 17 Tháng 1 2021 09:43 - L n c p nh t cu i Ch nh t, 17 Tháng 1 2021 10:43

---

Các bi n ch ng, chi phí và th i gian n m vi n có liên quan đ n ph u thu t tuy n giáp có th tăng trong giai đ o n tr c sinh.

Ph u thu t c t b tuy n giáp đ i v i b nh Graves v i vi c ng ng thu c kháng giáp sau đó có th đ n đ n tăng năng tuy n giáp c a thai nhi n u có kháng th kích thích tuy n giáp.

Đ i u tr iode phóng x

Ph ng pháp này ch ng ch đ nh trong th i gian mang thai và cho con bú. T t c các ph n có sinh ho t tình đ c, tu i sinh đ nên đ c th thai tr c khi đ i u tr . I131 đi qua nhau thai và, m c dù ti p xúc s m có th nh h ng r t ít đ n thai nhi, sau tu n th 12 thai k tuy n giáp thai nhi có kh năng t p trung I131 và m n c m v i các hi u ng công c .

M t lo t tr ng h p thai nhi ti p xúc v i thai nhi v i I131 sau 10 đ n 12 tu n có ít nh t 3% t l suy giáp b m sinh và b t th ng th n kinh.

Trong n l c ngăn ch n s c t b tuy n giáp c a thai nhi b ng cách ngăn ch n s h p th I131, m t s đã ch đ nh PTU và kali iodide 5 đ n 10 gtts u ng hai l n m i ngày trong vòng 7 đ n 10 ngày sau khi dùng I131 vô ý.

Vì có th tăng nguy c k t c c thai k sau khi đ i u tr iode phóng x , nên tránh thai hi u qu trong ít nh t 3 tháng, và m t s khuy n ngh tr i hoãn th thai trong 1 năm sau đ i u tr .

G n đây, Garsi và c ng s đ ngh hoãn th thai cho đ n khi TSH huy t thanh n đ nh m c đ đ t đ c trên levothyroxine.

Cũng có m i lo ng i r ng vi c ti p xúc v i tuy n sinh đ c c a m tr c đó v i I131 có th liên quan đ n k t qu sinh s n b t l i sau này, nh ng đ ng nh không có s gia tăng v d t t thai

## Bệnh lý tuyến giáp và thai kỳ (P.2)

Viết bởi Biên tập viên

Chỉnh sửa, 17 Tháng 1 2021 09:43 - Lần cập nhật cuối Chỉnh sửa, 17 Tháng 1 2021 10:43

---

nhì, suy thai tự nhiên, thai chết lưu hoặc sinh non ở phụ nữ đã trải qua quá trình đi ứ trữ bọng iode phóng xạ trữ ở đó.

### Các nguyên nhân gây cường giáp ở thai kỳ

Nguyên nhân phổ biến nhất của cường giáp lâm sàng quan trọng trong thai kỳ là bệnh Graves, nhưng số khác biệt này bao gồm chứng nôn do ghen/nhiễm độc giáp thoáng qua trong thai kỳ, nhân tăng năng tuyến giáp và viêm tuyến giáp. Ngoài ra, có một số nguyên nhân khác cần xem xét, bao gồm các bệnh u giáp tuyến đa nhân, dùng hormone giáp ngoại sinh (thuốc hormone tinh chế giáp), bệnh ung thư tuyến giáp di căn, ung thư tuyến giáp di căn, bệnh u giáp buồng trứng, khi ứ trữ tuyến yên, do quá tải iode.

#### Chứng nôn do ghen/nhiễm độc giáp thoáng qua trong thai kỳ

Các biểu hiện hóa sinh thoáng qua của cường giáp có thể được quan sát thấy từ 2% đến 15% phụ nữ trong giai đoạn đầu mang thai. Trong những trường hợp này, không gặp bệnh Graves, không có triệu chứng hoóc môn tuyến giáp. Phụ nữ mắc bệnh tăng cường nôn do ghen có triệu chứng buồn nôn và nôn bắt đầu từ đầu tiên của tam cá nguyệt đầu tiên, rồi lo lắng đi kèm với và giảm cân.

Đánh giá lâm sàng quy chuẩn năng tuyến giáp không được khuyến cáo trong việc đánh giá chứng nôn do ghen trừ khi có nghi ngờ cường giáp lâm sàng. Nếu được đánh giá, TSH huyết thanh thường thấp và FT4 hoặc FT4I cao. Nguyên nhân của cường giáp thoáng qua được cho là kết quả của phản ứng chéo giữa  $\beta$ hCG và TSH ở thời kỳ tuyến giáp.

Đi ứ trữ hoặc trữ bọng thuốc chứng nôn, bởi phụ nữ, đi ứ trữ và dinh dưỡng được khuyến cáo. Trong hầu hết các trường hợp, số tuyến giáp phát xạ ra vào tuần thứ 18 mà không cần đi ứ trữ. Nên tránh dùng thuốc kháng giáp trừ khi có triệu chứng cường giáp và bắt đầu chứng năng tuyến giáp quá tuần 18 đến 20 của thai kỳ vì đi ứ trữ này có thể dẫn đến bệnh Graves và cần được đi ứ trữ.

Bệnh Graves, là một rối loạn tự miễn xảy ra ở 0,5% dân số. Nó chiếm hơn 90% đến 95%

## Bệnh lý tuyến giáp và thai kỳ (P.2)

Viết bởi Biên tập viên

Chỉnh sửa, 17 Tháng 1 2021 09:43 - Lần cập nhật cuối: Chỉnh sửa, 17 Tháng 1 2021 10:43

---

Công việc liên quan đến thai kỳ. Không giống như nhiễm độc giáp thai kỳ thoáng qua, các triệu chứng của bệnh Graves thường có trước thai kỳ.

Bệnh Graves là do các kháng thể kích thích thụ thể tuyến giáp, gây phì đại tuyến giáp và tăng năng. Theo đó, tuyến giáp lớn khi khám. Ngoài ra, bệnh phát hiện liên quan đến bệnh tự miễn và liên quan với bệnh Graves, bao gồm TPO, thyroglobulin, microsomal, và kháng thể kháng thể thụ thể tuyến giáp (TRAbs). Hoạt động của TRAbs có thể được đo thông qua xét nghiệm các globulin miễn dịch kích thích tuyến giáp (TSI) hoặc globulin miễn dịch gắn thyrotropin-binding (TBII). TRAbs là dấu hiệu của bệnh Graves, nhưng không cần xét nghiệm để chẩn đoán bệnh.

Chẩn đoán trước sinh thường được thực hiện bằng khám lâm sàng và TSH huyết thanh thấp, FT4 hoặc FT4I cao, và nồng độ kháng thể, FT3 cao hơn so với FT4. Điều trị với các thuốc kháng giáp là đúng chuẩn trong khi mang thai, để tránh phơi nhiễm cho các trẻ em tiếp theo. Phơi nhiễm của mẹ cùng cung cấp tùy chọn điều trị lâu dài nhất. Tỷ lệ tái phát sau phơi nhiễm là 5% so với 40% sau dùng thuốc kháng giáp, và TRAbs có nguy cơ khả năng giảm sau mẹ.

Bệnh Graves được biết là trầm trọng hơn trong tam cá nguyệt đầu tiên và cuối trong tam cá nguyệt thứ hai và thứ ba của thai kỳ, cho phép giảm liều thuốc. Việc theo dõi chặt chẽ trong giai đoạn này là rất quan trọng, vì các đợt bùng phát bệnh đã được báo cáo. Nhưng phải cai các thuốc kháng giáp nên xét nghiệm chức năng tuyến giáp trong 6 tuần sau khi sinh.

Chăm sóc phụ nữ mắc bệnh Graves trong thai kỳ nên gồm nhiều chuyên gia liên quan đến một bác sĩ gia đình sản khoa và các chuyên gia về các tình trạng sức khỏe bà mẹ, một chuyên gia nhi khoa, và thường là một bác sĩ nhãn khoa. Phụ nữ có liên quan đến các bệnh tự miễn khác nên được giới thiệu đến một bác sĩ nhãn khoa để đánh giá và quản lý bệnh mắt, có thể có mắt trong chứng bệnh này và sự trầm trọng hơn của bệnh Graves.

Bệnh Graves sẽ sinh xảy ra trong khoảng 1% đến 5% trẻ sinh ra từ các bà mẹ mắc bệnh này. Bệnh tình trạng tuyến giáp của mẹ, TRAbs có thể duy trì sau khi điều trị bằng phơi nhiễm hoặc điều trị bằng iode phóng xạ, và thai nhi có thể bệnh liên quan với chúng đi qua nhau thai. Các bào thai bệnh liên quan có thể biểu hiện trong tử cung và suy giáp hoặc công việc sinh.

Một số tác giả đã khuyến nghị đo TRAbs mẹ từ tuần 28 đến 32 để phát hiện bệnh Graves

## Bệnh lý tuyến giáp và thai kỳ (P.2)

Viết bởi Biên tập viên

Chỉnh sửa, 17 Tháng 1 2021 09:43 - Lần cập nhật cuối: Chỉnh sửa, 17 Tháng 1 2021 10:43

---

huyết đường hoặc điểu trị để xác định nguy cơ rơi loãn chức năng tuyến giáp thai nhi và sơ sinh. ACOG không khuyến cáo xét nghiệm TRAb thường quy, vì việc điểu trị hiếm khi thay đổi kết quả. Suy giáp của thai nhi từ TBII có thể biểu hiện như nhịp tim của bào thai nhi chậm (FHR), bầm u giáp, và hãn chức phát triển trong tử cung (IUGR).

Các phát hiện liên quan đến nồng độ giáp của thai nhi từ TSI bao gồm FHR của bào thai nhanh, bầm u giáp, IUGR, dính liền sụn khớp sọ, trở ngại thành xương sụn, suy tim và phù.

Có các báo cáo trường hợp mô tả lý mẩu máu rớt qua da để xác định chẩn đoán các tình trạng suy giáp hoặc nồng độ giáp của thai nhi. Điểu trị nồng độ giáp của thai nhi đã được báo cáo bằng cách dùng PTU cho mẹ đang thai và i levothyroxin. Điểu trị suy giáp các bào thai bằng nhữ giũ levothyroxin trong khoảng 10 cũng đã được báo cáo. Nhữ ng cách tiếp cận này được phân lập với các báo cáo trường hợp, và hàng loạt và không nên được sử dụng trong thực hành thường quy, nên giũ thiểu đến một chuyên gia y học và bà mẹ, thai nhi. Ngườ i chăm sóc trẻ em cần được thông báo về tất cả các trường hợp bệnh Graves trở ngại đây và hiện tại, cũng như các loại thuốc kháng giáp và sơ hiện diện của TRAbs của người mẹ.

### • Bầm u giáp nhân trong thai kỳ

Bầm u giáp nhân xảy ra ở 1% đến 2% phụ nữ trẻ. Tình cờ sơ thũy có một nhân tuyến giáp gia tăng kích thước theo tuổ i. Trong số phụ nữ tuổ i sinh sản, hũu hũt các nhân sơ thũy của tuyến giáp thường lành tính. Đánh giá một bầm u giáp nhân bao gồm xét nghiệm TSH huyết thanh và siêu âm vùng cổ và tuyến giáp. Bầm u giáp đa nhân được định nghĩa là sơ hiện diện của 2 hoặc nhiều nhân.

Các bầm u giáp nhân được mô tả là chức năng hoặc không chức năng tùy thuộc vào việc chúng sản sinh ra hormon tuyến giáp hay không. Các nhân chức năng ít có khả năng gây ác tính, nhữ ng điểu này không tuyũt đũ i. Các bệnh tuyến giáp tự phát có thể làm tăng nguy cơ ung thư tuyến giáp, và bệnh Graves cùng tồn tại hoặc viêm tuyến giáp Hashimoto phải được xem xét nếu TSH huyết thanh thấp hoặc cao thường quy. Chức hút nhân tuyến giáp bằng kim nhũ trong thai kỳ được khuyến cáo để loại trừ ung thư nếu chúng đang phát triển, đáng ngờ (canxi hóa vị thể, giũ m hũ i âm, tăng sinh mạch máu, thâm nhiễm), hoặc lớn hơn 1 cm.

Điểu trị nồng độ giáp trong thai kỳ kết quả từ một nhân được tăng năng hoặc bầm u giáp đa





## Bệnh lý tuyến giáp và thai kỳ (P.2)

Viết bởi Biên tập viên

Chỉnh sửa, 17 Tháng 1 2021 09:43 - Lần cập nhật cuối Chỉnh sửa, 17 Tháng 1 2021 10:43

---

Theo dõi cẩn thận các triệu chứng lâm sàng của chứng giáp do quá liều là điếu quan trọng trong thai kỳ. Tỷ lệ tái phát sau 10 năm của ung thư tuyến giáp là khoảng từ 15% đến 20%, và giám sát siêu âm cho tái phát của bệnh nhân có thể được chuyển tiếp vào mô hình và giai đoạn bệnh. Mức thyroglobulin được đo sau khi hoàn thành điếu tiếp thu và để đoán bệnh dai dẳng hoặc tái phát. Sau phẫu thuật I131, xét nghiệm toàn thân và xét nghiệm còn lại của iode phóng xạ được chuyển tiếp trong thai kỳ và cho con bú.

Do sự gia tăng nguy cơ ung thư tuyến giáp ở người trẻ tuổi, số tiền thời gian dài tuyến giáp trong quần thể này và sự lựa chọn ngày càng phức tạp biến đổi trị hoãn sinh đẻ, nhiều bác sĩ sản khoa cung cấp dịch vụ chăm sóc sản khoa cho phụ nữ đã được điếu tiếp thu trước đó và ung thư giáp mới được chuyển tiếp đoán. Chăm sóc đa chuyên khoa liên quan đến các bác sĩ sản khoa, nội tiết, và bác sĩ ung thư hoặc phẫu thuật là điếu cần thiết trong việc quản lý phụ nữ có tiền sử ung thư tuyến giáp hoặc bệnh nhân ung thư tuyến giáp được chuyển tiếp đoán trong khi mang thai.

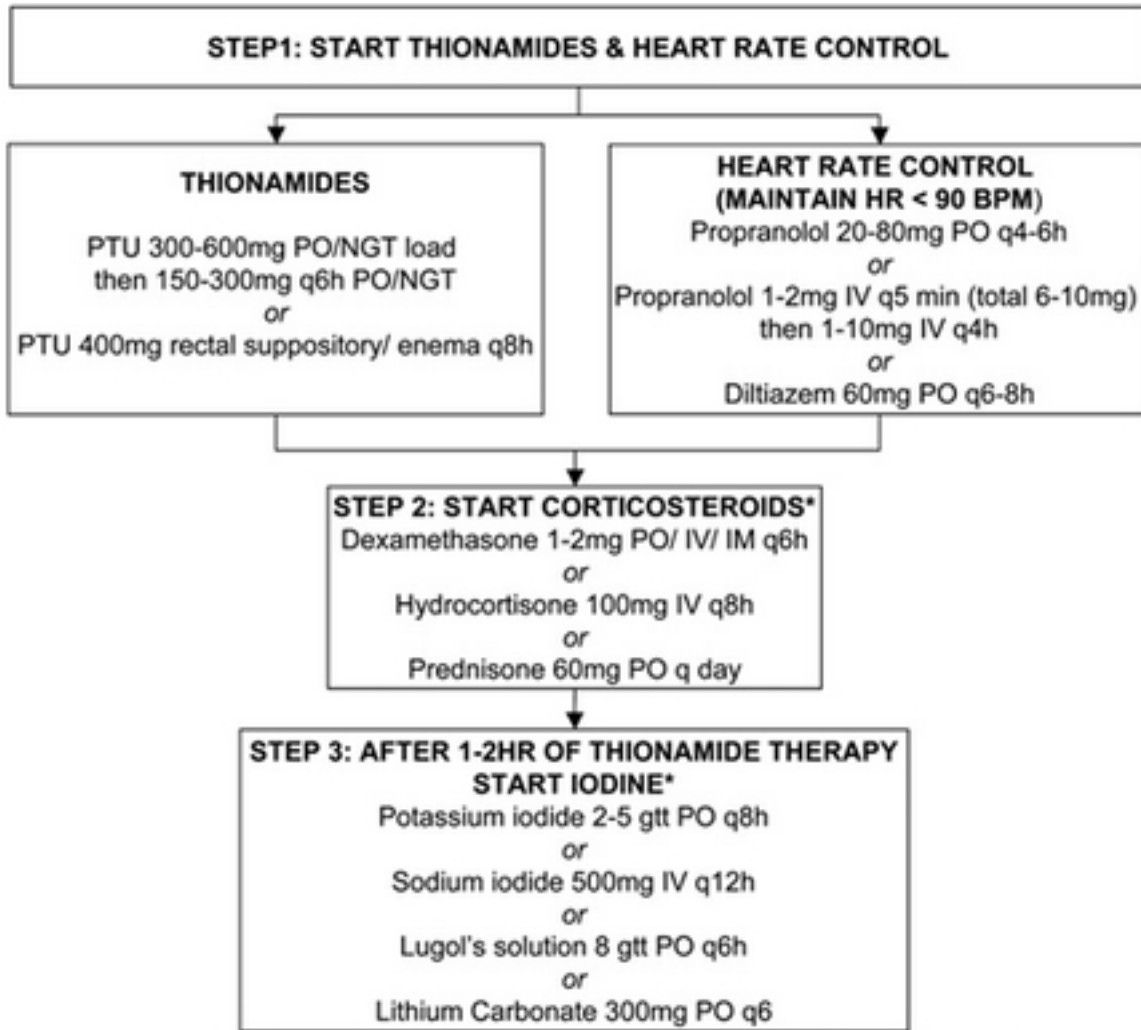
### Cẩn chứng giáp cấp (cẩn bão giáp)

Cẩn bão giáp, một đợt cấp tính trầm trọng của chứng giáp, là một biến chứng hiếm gặp nhưng nghiêm trọng. Nó có thể biến đổi nhanh chóng nếu không rõ nguyên nhân, nhập viện nhanh, thay đổi thị lực, rối loạn nhịp tim và suy tim trong bệnh cảnh lâm sàng soát kém hoặc không được chuyển tiếp đoán chứng giáp.

## Bệnh lý tuyến giáp và thai kỳ (P.2)

Vị trí biên tập viên

Chức năng, 17 Tháng 1 2021 09:43 - Liên hệ chức năng, 17 Tháng 1 2021 10:43



\*Iodine and corticosteroids may be discontinued after initial stabilization.